



TITLE:

Kiefer氏法による鼠徑停留辜丸の I治験例

AUTHOR(S):

大谷, 博

CITATION:

大谷, 博. Kiefer氏法による鼠徑停留辜丸のI治験例. 日本外科宝函 1955, 24(5): 534-538

ISSUE DATE:

1955-09-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206204>

RIGHT:

痺, Astier(1923)の後頭部疼痛 Schwahn (1924) の麻痺性内斜視, 眼球震盪 A. Feil Roland, Vandochstall (1924) の斜視, Pasternack (1928) の斜視, Mollaret (1931) の痙直性麻痺, Roger, Audier (1934) の頸部疼痛, 知覚異常等々の疼痛や神経症状を伴う症例も発表されるに至つた。又遺伝に関しては Dubreuil-Chambardel 及び Siwon (1921) は本病には其の關係は認められないと述べているが、一方又 Siardi, Lermeyer (1923) Demeler (1933) 等は家族的発生例を報告している。私の症例に於てはそれを証明しなかつた。併し麻痺性内斜視及び先天性嚙咬を伴っている点からして、これは Siwonが云う神経系症状を伴つた部類に属するものと思われる。

性別に関しては Feil (1912), Dubreuil-Chambardel (1921), Perrier(1926) は男性に多いと述べており、一方 Dreyfus(1937) は両性間に特に差異は認められないと発表している。併し私の症例では女性であつた。又脊椎総数の絶対的変異は極く稀で、頸椎数の欠損は胸腰椎で補足される事が多いと云われておる。併しこの補足されていない例について、私の調査した所では Sladoms, Verageria, Willet (1882) 等の3例 Feil et. Minot (1925) の1例、芝、岡崎 (1943) の各1例に過ぎないが、私の症例も是の部類に属するものである。即ち Dreyfus の病理解剖学的分類からすれば、第3型

に該当するものである。発生原因としては Niedle (1925) は Sprengel変形と同系のものであると云っているが、現在未だに確説を得ない。併し本症例でも肩胛骨高位が認められる点からして、発生的に同系のもではなかろうかと考えている。

4) 結 語

以上麻痺性斜視、先天性嚙咬の神経症状を有し更に極く稀な数的に補足されていない頸椎の減少(4ヶ)を認めに蛙人の1例を報告した。

(終に臨み御校閲を賜つた京都大学整形外科教室近藤鋭矢教授並に御指導、御校閲を頂いた院長塩津徳政博士に深甚の謝意を表す。)

主 要 文 献

- 1) Junghans, H.: Arch. Orthop. u. Unfall-chir. 38, 1, 1938.
- 2) Schinz, H. R. et al.: Lehrbuch der Roentgendiagnostik, 1951.
- 3) 三木; 日整會誌, 4, 326, 昭5.
- 4) 加藤; 日外會誌, 835, 昭9.
- 5) 水谷; 東京醫事新誌, 3019, 昭12.
- 6) 芝, 岡崎; 日整會誌, 18, 142, 昭18.
- 7) 飯野; 整形外科, 3, 270, 昭27.
- 8) 有原, 村田; 外科, 13, 1, 昭26.
- 9) 津下, 小豆澤; 整形外科, 4, 1, 61, 昭28.
- 10) 山本; 臨床外科, 9, 53, 昭29.
- 11) 森田, 櫻田; 整形外科, 5, 97, 昭29.
- 12) 今田; 整形外科, 6, 103, 昭30.

Kiefer 氏法による鼠徑停留睾丸の1治驗例

京都大学医学部外科学教室第二講座 (指導 青柳安誠教授)

大 谷 博

RETENTIO TESTIS INGUINALIS SUCCESSFULLY TREATED BY THE KIEFER'S OPERATION REPORT OF A CASE.

by

HIROSHI OTANI

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

We have reported here a case of retentio testis inguinalis, 21 years of age.

At operation, the right testis was found in the normal size within the inguinal canal close to the right internal inguinal ring.

After the spermatic cord was freed from all adhesion to the surrounding tissue,

the gubernacular structure pulled down through the scrotal hole which had been made at the bottom of the right scrotum, and fastened to the fascia of the thigh.

Then, the traction was applied by using a rubber drain wrapping around the site of suture between the thigh and the scrotum and connecting with a rubber band which was stretched down and fixed with an adhesive plaster to the skin at the height of the knee.

Three weeks after the application of the traction, the site of suture was separated spontaneously, because of the pressure atrophy of the tissue.

The testis remained, however, in the desired position and retraction did not follow.

The result of our operation was thus very satisfactory.

緒 言

停留睪丸に対する手術術式には、多くの術式が存在その数も40種以上に達するが、最近我々は鼠径停留睪丸に対する療法として Hunter 氏導帯を大腿筋膜に固定し、これをゴム紐で牽引する Kiefer 氏法を施して、良好な経過で治癒せしめ得たので若干の考察を加えて報告する。

症 例

浦〇広〇、21才の男子、工員、昭和30年1月21日入院。

主 訴：右鼠径部に於ける無痛性膨隆。

現病歴：生来右側睪丸が陰嚢内に無く、小学校の頃から右鼠径部に軽度の膨隆のあるのに気付いていた。何等認むべき障碍がなかつたので放置していた所、16～17才頃から重い物を持った時に右鼠径部の軽度膨隆に一致して緊張感、牽引性疼痛を来し全身の軽い脱力感を覚える様になつた。最近稍々その程度を増す様に思われる。2次的性徴の顕現には何等異常を認めない。

既往歴：5年前に虫垂切除術を施行した以外、特記すべきものがない。

家族歴：特記すべきものはない。

入院時所見：全身所見：異常所見を認めない。

局所所見：陰毛発毛状態正常、陰茎は稍々右側に傾き大き略々正常、陰嚢・皮膚の異常着色・静脈努張は認められない。陰嚢内には左側睪丸及び副睪丸は位置及び大きさを正常に触れるが、右側陰嚢は痕跡的となり全く空虚である。右鼠径部には鳩卵大の膨隆を認め圧迫を加えると睪丸特有の圧痛を訴える。右外鼠径輪は2指を挿入出来て強く腹圧を命ずると軽度に膨隆する。

以上の所見から右鼠径停留睪丸に右鼠径ヘルニヤを合併したものと診断して手術を行った。

手術：腰髄麻酔のもとで鼠径管の走向に一致して皮切を加え、その後に鼠径管を開いて内鼠径輪部に位置していた睪丸を露出すると、睪丸は正常よりと稍々小さく且つ睪丸・副睪丸は正常の位置関係を保たず、副睪丸は輸尿管の一部で睪丸と連絡し、他は膜様物質で連絡していた。まず Hunter 氏導帯を求め、これを睪丸より1cmの所で切断し、次いでヘルニヤ嚢を頸部で開き精系から丁寧に剝離して閉鎖した。次に睪丸が見掛け上陰嚢底部に達する事が出来る様に精管と内精系動脈以外筋肉及び索状組織を取除いた。ヘルニヤ門は波多腰法に従つて閉鎖した。次いで陰嚢底部に於て小切開を加え睪丸を陰嚢内に入れ、小切開から Hunter 氏導帯のみを陰嚢外に出し(第1図参照)、陰嚢底部よ

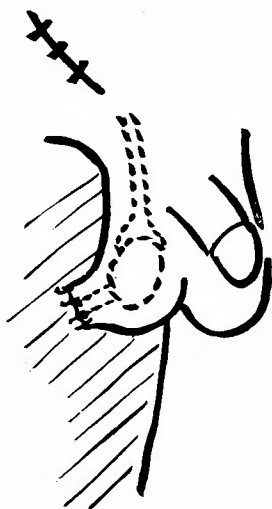
第 1 図



稍々尾側に対応する大腿内側に小切開を加えて Hunter 氏導帯と大腿筋膜とを縫合固定し、つづいて陰嚢及び大腿皮膚を縫合して導帯の周囲を皮膚で取り囲む様にして手術を終つた(第2図、第3図参照)。

術後経過：手術創は1次性治癒を営んだ。術後局所に発赤・腫脹・血

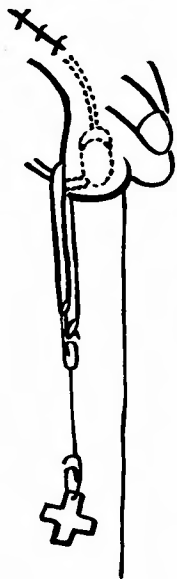
第 2 図



腫を作る事なく全身状態良好で順調に経過し、術後1週間で抜糸し、10日目から陰囊大腿間にゴム管を挿入し、ゴム管にゴム紐を取付けこれを大腿内側に固定し、睾丸が陰囊底に下降するように Hunter 氏導帯の牽引を続け(第4図、第5図)、術後15日目から歩行練習を行い正常人のように外出を行い得た。術後33日(牽引

第3図
術後5日目

第 4 図

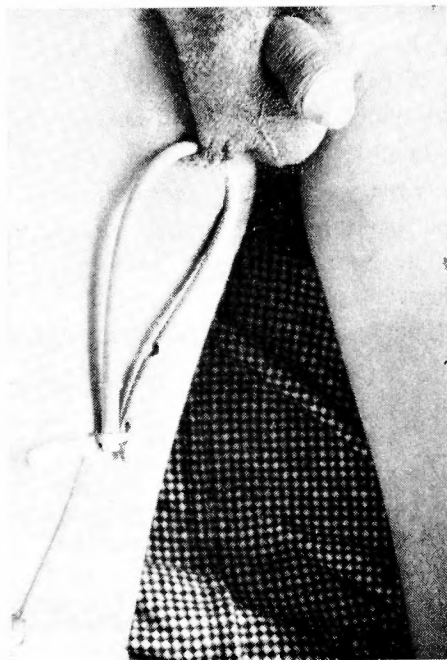


24日) 目で Hunter 氏導帯は圧迫性萎縮により自然に縫合部で切れたので、傷口を縫合し退院せしめた。退院時は睾丸は陰囊底部に癒着して下降して居り陰囊の上方変位もなく其の後2ヶ月を経過した現在で、全く異常はない(第1図参照)。

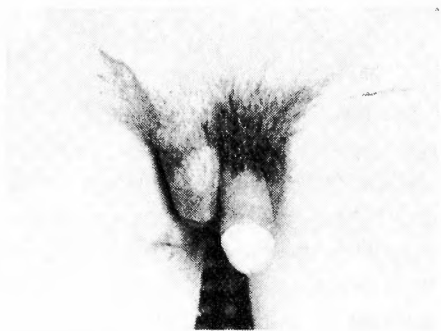
考 察

停留睾丸は一般的に言つて必ずしも稀な疾患ではなく Beach (1948) によれば、本症の原因としては、大部分のものが機械的又は解剖学的閉塞によるもので、一部はホルモン性の障害によると記載されている。統計によれば停留睾丸の発見頻度は、

第5図 術後10日目



第6図 退院時



少年期に多く成人期には少い。又一側性のものが両側性のものより多く、且つ右側は左側に比べて頻発し勝である。

停留睾丸が治療を必要とする理由としては、悪性腫瘍発生の傾向が正常の位置にある場合より強い事、外傷を受け易い事、疼痛を屢々来す事、精系捻転症を起し易い事、屢々同時にヘルニヤを合併する事、精子成生の阻止及び睾丸發育の阻害される事、精神的及び成形的な理由等が挙げられる。

停留睾丸の治療としては10才以下の場合には他に合併症のない限り待期的処置をとり、思春期前期はホルモン療法を試み、これにより矯正されない時には観血的

処置がとられる。手術療法としては睪丸剔除術、腹腔内還納術、睪丸固定術が挙げられる。併し睪丸剔除術は最後の手段として考慮され、腹腔内還納術は現在では殆んど用いられない。

睪丸固定術としては 1820 年 Rosenmerkel が睪丸を陰嚢底部に固定したのもつて嚢矢とするが、其の後単に陰嚢底に固定するだけでは不完全な事がわかり、陰嚢入口に巾着縫合を行つて睪丸の上昇を防ぐ試みを Kocher (1887), Bevan (1899), Wolf (1901) が報告している。一般に停留睪丸に於ける陰嚢は小さく陰嚢組織は強く収縮する傾向があり、提睪筋を完全に切断してもなお陰嚢肉核膜により丸睪を上にも牽引しようとする傾向が強く、且つ手術後の癒着化によつて一層引きあげられるおそれがある。提睪筋の切断は Felizet (1891) によつて行われているが、之等だけでは不完全なので、睪丸を牽引する方法や陰嚢外に固定する方法が試みられた。

睪丸固定術の成功・不成功は単に睪丸そのものの固定牽引の術式のみならず、精管及び血管を如何にして長く遊離して睪丸を充分陰嚢底迄引きさげるかにかゝっている。Bevan (1903) は内精系動静脈が下降を妨げて止むを得ない場合は、これを切断する方法を用いているが、かゝる内精系動静脈の切断に対しては賛否両論り、何れにしてもこれは最後の手段として行ふべきものであろう。精管及び内精系動静脈の長さを伸ばす工夫として、そのコースを変える方法がある。Siever (1920) は閉鎖孔を通じて睪丸を陰嚢内に迄達せしめる術式を考案しているが、この方法は術式が多少複雑である。Frangenheim (1920) は下腹壁動脈の下を睪丸を外側より内側へくぐらせる方法を用い、同様の原理で我国に於ては河石教授 (1928) は精管及び内精系動静脈を充分剥離して、下腹壁動脈を切断又はその下をくぐらせ、これ等の鼠径管内通過をなさしめず外鼠径輪に直行せしめる方法を考案している。而し Kiefer によれば Frangenheim の方法は別に困難ではないが、これを行つても 5~10mm 位しか長くないと云い、又万一この附近で後に手術が行われる事があれば、出血になやまされるので、むしろ下腹壁動脈を切断してコースを変えれば良いと報告している。また河石教授は単にこの方法により延長する長さには伸展による長さを加え、且つ副睪丸分離法による延長を加えれば、延長度は鼠径管の長さ以上 (成人に於ては 4~5cm) に達する事が出来ると述べている。Kiefer (1952) は精系を

開いて精管と内精系動静脈を別々に充分剥離して血管の短い時は大動静脈に迄及び、精管も必要があれば骨盤腔内に入る所迄剥離すれば、充分の長さが得られると報告している (この際睪丸が腹腔内にあるとその内精系動静脈だけが輪になつて下つて鼠径管内に入っている事があるので、此の際には特に血管を傷つけないので注意すべきである)。又多くの停留睪丸では鼠の睪丸は輸尿管の一部で睪丸と連絡し、他は膜様物質で連絡しているので注意して睪丸と副睪丸、副睪丸と導管との間を切断して出来るだけ一直線になる様にする Pólya (1921) の術式は用いられるべきであろう。かつ又鼠径管の修復は Bassini 氏法を行うよりも波多腰氏法が精管の走行距離がより短くなる為に使用されるべきである。

睪丸固定の場所としては大腿・恥骨・会陰・他側陰嚢等が選ばれ、又 Mouclair (1912) は両側の睪丸の固有鞘膜を切開して、その両端を縫合する睪丸癒合症を発表している。

併し最も広く用いられているのは Keetley (1894), Katzenstein (1902), Torek (1909) により行われた睪丸の大腿皮下移植法である。Keetley は睪丸白膜或いは睪丸体大腿筋膜に固定するよりは睪丸導帯のみを大腿筋膜に固定縫合するのが最も良いと記載し、Mc Kenna (1935) は陰嚢小切開部から導帯のみを出して大腿筋膜に固定し、導帯の周囲を陰嚢及び大腿皮膚で取り囲む様にする方法を考案した。

更に糸又はゴムを用いて牽引する方法が Bidwell (1893), Lanz (1905) に始まり後に Cabot 及び Nesbit (1931) によつて完成された。即ち Lanz や Cabot 及び Nesbit はゴム紐を用いている。

我々の採用した Kiefer 氏法は Mc Kenna の術式に Lanz に始まるゴム紐牽引法を応用したものと云える。

此の方法は次の諸点に於いて勝れている。

① 睪丸の下降が完全になる迄、連続的に且つ任意の強さで牽引出来る。而もこの牽引は患者の日常生活に対して大した苦痛を与えない。

② 睪丸を大腿筋膜に固定した場合よりも、第 2 回目の手術が簡単で且つ睪丸の感染の危険がない。

③ 単に導帯及び陰嚢底に通した縫合糸にゴム紐をつけて牽引する術式は、縫合糸或は糸による牽引部の切断の可能性がある、2 週間以上牽引出来る事は稀でその為に効果的な牽引が出来ないが、我々の行つた方

法は牽引部がより頑丈である。

④ 精管及び内精系動脈の延長の為に剝離を小骨盤及び大動脈に迄及ぼすのが良いか、或は鼠径管内を通過させずに外鼠径輪に直行せしめる方が良いか、その優劣はにわかには定め得ない。

結 語

我々は Kiefer 氏法による鼠径停留辜丸の一治験例を経験したので、若干の考察を加えて報告した。

文 献

1) Kiefer, J. H. : J. Urol., **68**, 358, 1952.

- 2) Deming, L. L. : J. Urol., **68**, 354, 1952.
- 3) Rushe, C. : J. Urol., **68**, 340, 1952.
- 4) Beach, E. W. : J. Urol., **60**, 623, 1948.
- 5) Lewis, L. G. : J. Urol., **60**, 345, 1948.
- 6) Torek, E. : Ann. Surg., **94**, 97, 1931.
- 7) McKenna, C. M. and Ewert, E. E. : J. A. M. A., **105**, 1172, 1935.
- 8) Keetley, C. B. : Lancet **1**, 1008, 1894 : Lancet **2**, 279, 1905,
- 9) 河石九二夫 : 日本臨床外科医会雑誌, **1**, 23, 昭13
- 10) 楠隆光 : 手術, **1**, 61, 昭27年
- 11) 武藤完雄 : 日本臨床外科医会雑誌, **3**, 430, 昭15
- 12) 大越正秋 : 治療, **34**, 12, 昭27
- 13) 藤浪武 : 手術, **9**, 65, 昭30

稀有なる脊椎骨盤奇形の1例

三重県立大学医学部整形外科学教室

助教授 鶴田登代志

〔原稿受付 昭和30年8月10日〕

RARE DEFORMITY OF THE VERTEBRAE AND THE PELVIS. REPORT OF A CASE

by

TOYOSHI TSURUTA

From the Orthopaedic Division, Mie Medical School

I made a report of a case of very rare congenital deformity, so-called "Agenésie lumbo-sacro-coccygienne totale", which I experienced.

A boy aged four years. He was suffering from paralytic paraplegia and sphincter disturbances from birth. His radiographs showed total defects of the lumbar, sacral spine and coccyges and reduction of the pelvis.

I could not find such a case reported in Japanese literatures.

緒 言

脊椎骨盤奇形の中で先天性発育異常による仙、尾椎の全欠損又はその部分的欠損は甚だ稀なものであると考えられているが私は昭和27年に行われた三重県下身障害者巡回検診中に仙、尾椎が全部欠損し腰椎の欠損を伴う極めて珍しい症例を経験した。当時交通不便な僻地に出張して行われた検診であつたため簡単な臨床的検査とレントゲン撮影のみしか実施出来ず、

従つて十分な資料が整っていないけれども本邦に於ける文献中にはこの様な奇形の報告例を見出し得ないので茲に一応その概要を報告して見たいと思う。

症 例

○中○也 男 4才2ヶ月

家計の職業 農業

主訴：両下肢及び背部の変形、起立歩行不能

家族歴：父健在。母2年前死亡（病名下詳）患児は